

ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

Касимова Ш.А., Касимова Н.Д.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Хронический тонзиллит (ХТ) у беременных сопровождается выраженными явлениями интоксикации. Одной из глобальных проблем в акушерстве являются вопросы изучения степени эндогенной интоксикации и разработка методов ее рациональной терапии. Применение у беременных ингаляции раствором. На фоне традиционной терапии всем беременным дополнительно, через 10 минут после промывания лакун миндалин, проводилась ингаляция Декасана. В результате лечения у 98,2% беременных отмечено стойкому улучшению состоянию.

Ключевые слова: Хронический тонзиллит, беременность, эндогенная интоксикация.

SURUNKALI TONZILLIT BILAN HOMILADOR AYOLLARDA ENDOGEN INTOKSIKATSIYA KO'RSATKICHLARI

Qosimova Sh.A. Kasimova N.D.,

Andizon davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezyume,

Homilador ayollarda surunkali tonsillit (XT) kuchli intoksikatsiya bilan birga keladi. Akusherlikning global muammolaridan biri bu endogen intoksikatsiya darajasini o'rganish va uni oqilona davolash usullarini ishlab chiqishdir. Inhalasyon eritmasi bilan homilador ayollarda qo'llang. An'anaviy terapiya fonida, barcha homilador ayollar, qo'shimcha ravishda, mydalin lakunasini yuvgandan keyin Dekasanni inhalatsiyalashdi. Davolash natijasida homilador ayollarning 98,2 foizida barqaror yaxshilanish kuzatilgan.

Kalit so'zlar: surunkali tonsillit, homiladorlik, endogen intoksikatsiya.

INDICATORS OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC TONSILLITIS

Kasimov SH.A., Kasimov N.D.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

Chronic tonsillitis in pregnant women is accompanied by severe manifestation of intoxication. One of the global problems in obstetrics is the study of the degree of endogenous intoxication and the development of methods for its rational therapy. Suspension of pregnant women with inhalation solution. Against the background of traditional therapy, all pregnant women were additionally given "Dexan" inhalation. As a result of treatment in 98.2% of pregnant women, I noted a persistent improvement in state.

Актуальность

В последнее время почти в 1,5 раза возросло число женщин с патологическим течением беременности и их неблагоприятным исходом родов. Одной из причин данного явления многие авторы считают гнойно-воспалительные заболевания у беременных (Фризе К., Кахель В., 2003, Пешев С. Л. 2010, Соколов В. В. 2013, Жаткинбаева Г.Ж с соавт 2014, Тарбаева Д.А 2017, Сависько А.А.2017, Benninger M.S., 1997, Goodnight, W.H. 2005, Noble R.W. et al. 2008, England R.J. et al., 2010).

По мнению ряда авторов (Фризе К., Кахель В., 2003, Рахимова М.М., Додхоева М.Ф. 2006, Пешев С. Л. 2010, Тарбаева Д.А 2017, С.А. Карпищенко с соавт. 2019, Goodnight, W.H. 2005, Kuper C.F. et al., 2014), беременных женщин с хроническим тонзиллитом (ХТ) надо отнести в группу лиц высокого риска по неблагоприятному течению беременности и родов.

В гинекологии ХТ рассматривают как один из ведущих факторов в развитии различных осложнений у беременных. Частота нарушений в системе репродук-

ции у женщин с ХТ достигает 60% (Антипина Н. Н. 2004, Лучшева Е.В., 2007, Пешев С. Л. 2010).

Saraswat L., (2010) проанализировав наличие сопутствующих патологий у беременных установила значительную частоту заболеваний ЛОР- органов, при этом ХТ был у 17,4%, а хронический риносинусит (РС) у 28,9%. Из-за наличия взаимосвязи верхних дыхательных путей с женской половой сферой, именно во время беременности, активизируется латентно протекающий ХТ (Пешев С. Л. 2010).

В результате проводимого исследования Антипина Н. Н. (2004) установила, что при ХТ нарушается не только нормальное течение беременности, но и появляются патологические изменения со стороны плода и новорожденного. ХТ особенно опасен на ранних сроках беременности, когда происходит закладка органов и систем у плода. Женщина в этот период должна быть максимально внимательна к состоянию своего здоровья. При наличии ХТ для нормального созревания на всех этапах становления к материнству первичные профилактические мероприятия девочкам надо начинать с подросткового возраста, с привлече-

нием педагогов, психологов (Антипина Н. Н. 2004, Пешев С. Л. 2010, Карпищенко С.А. с соавт, 2019).

Наличие ХТ у беременных сопровождается выраженными явлениями интоксикации. Одной из глобальных проблем в акушерстве являются вопросы изучения степени эндогенной интоксикации и разработка методов ее рациональной терапии.

Как указывает Пешев С. Л. (2010), ХТ у беременных в значительной степени повышает уровень эндогенной интоксикации, способствует возникновению осложнений беременности. При обследовании женщин находящихся в стационаре с угрозой аборт у 14,2% диагностирован ХТ, из этого числа у 52,3% была декомпенсированная форма заболевания.

Данные литературы свидетельствует о том, что в настоящее время особое значение в гинекологических клиниках придается устранению влияния генитальной инфекции на течение беременности и развитие плода. При этом роли экстрагенитальной инфекции отводится второстепенное значение. Анализ литературы показал, что работ посвященных изучению состояния эндогенной интоксикации у беременных недостаточно, нет конкретных данных о ведении и лечении таких женщин.

Цель исследования: Определить степень эндогенной интоксикации у беременных с ХТ и разработать оптимальные методы их ведения и лечения.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 69 беременных женщин в возрасте от 20 до 33 лет (54 основная группа и 15 контрольная группа) у которых диагностирован хронический тонзиллит. В основной группе из 54 беременных у 40 компенсированная форма и у 14 декомпенсированная форма ХТ, а в контрольной группе из 15 беременных у 9 компенсированная и у 6 декомпенсированная форма ХТ. Степени эндогенной интоксикации определялась (ЭИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа.

Результат и обсуждения

Начальным этапом исследования явилось определение медико-социальной особенности контингента женщин, оценка особенностей течения беременности, родов и их исход для новорожденного. Анализ течения беременности и родов проводился с помощью разработанной нами карты обследования в которую были внесены паспортные данные, сведения о наличии профессиональных вредностей, перенесенные детские инфекции, особенности соматического статуса, гинекологические заболевания, спонтанные выкидыши, искусственные аборты, преждевременные роды, своевременные роды, особенности течения предыдущих и настоящей беременности и родов, состояние плода и новорожденного.

У наблюдаемых нами беременных имелись характерные для общей интоксикации признаки свойственные хроническому тонзиллиту: беременные жаловались на периодический подъем температуры тела до субфебрильной. Основной причиной такого состояния является постоянное протекание процесса интоксикации в организме за счет хронического воспаления. Еще одним проявлением общей интоксикации при ХТ является продолжительная общая слабость,

разбитость, снижение работоспособности, нарушение сна и аппетита у больных.

Все проявления вторичной интоксикации ХТ у женщин связано с началом беременности.

Клиническое течение беременности у женщины с ХТ имеет ряд своих особенностей: они отмечают легкую утомляемость, состояние дискомфорта. В периоде обострения хронического тонзиллита у беременных усиливаются признаки токсикоза, тошнота, общая слабость, болевые ощущения в области живота, появляется одышка во время напряжения. Уже к концу первого и вначале второго триместра одышка у них появлялась даже в покое. В период обострения хронического тонзиллита наблюдались признаки угрозы самопроизвольного прерывания беременности и преждевременных родов. Для устранения признаков интоксикации, вызванных ХТ, нами проведено консервативное лечение. В контрольной группе 15 беременных с ХТ лечение проводилось по традиционной схеме: антибиотикотерапия ампициллином по 250 мг. 4 раза в сутки, после еды, в течении 10 дней; промывание лакун миндалин раствором фурацилина 1:5000, один раз в день в течении 10 дней, из антигистаминных препаратов рекомендовали таблетки эдем по 5 мг. один раз в день в течении 6 дней.

Основной группе 54 беременных с ХТ на фоне традиционной терапии дополнительно, через 10 минут после промывания лакун миндалин, проводилась ингаляция Декосаном один раз в день, на курс лечения потребовалось 10 манипуляций. На одну ингаляцию в среднем потребовалось от 10 до 15 мл. препарата.

В результате проведенного лечения с применением Декосана после 3-4 процедур беременные отмечали улучшение общего состояния; уменьшение субъективных ощущений, в положительном плане изменялись и объективные данные: исчезли гнойные пробки в лакунах, уменьшилась гиперемия миндалин, отечность дужек, а сами миндалины сократились в размере, исчезли боли в области сердца и суставах, нормализовалась температура тела. Регионарные лимфатические узлы уменьшились и стали безболезненными при пальпации. Явления интоксикации у беременных, которые наблюдались до лечения исчезли почти у 89%. В ходе лечения Декосаном побочные явления не наблюдались.

В основной группе беременных по ходу лечения клиническое улучшение состояния на 4-е сутки отмечалось у 28 (51,8 %) женщин, на 6-е сутки эти показатели достигли до 49 (90,7 %) женщин и на 8-е сутки 53 (98,2 %). У одной беременной хотя и было достигнуто улучшение состояния через месяц после лечения наблюдался рецидив ХТ.

В контрольной группе на 4-е сутки лечения клинический эффект было у 4 (26,6%) женщин, на 6-е сутки эти показатели достигли до 11 (73,3%) и на 8-е сутки 13 (86,7%). У 2 (13,3%) беременных эффект от лечения был временным, продолжались обострения ХТ и им после консультации с гинекологами произведена операция тонзилэктомия.

Анализ отдаленных результатов показал, что как в основной, так и в контрольной группе у всех женщин беременность закончилась родами в срок живыми детьми. При изучении неэффективности проводимой терапии как в основной группе - одна беременная (1,8%), так и в контрольной группе 2 (13,3%),

выяснилось, что это были беременные у которых диагностирована декомпенсированная форма ХТ и длительность заболевания была 5 лет и выше.

Помимо объективных и субъективных данных изучалась степень эндогенной интоксикации (ЭИ) организма до и после лечения.

Для определения степени эндогенной интоксикации (ЭИ) самым распространенным методом является лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), который определяют по формуле Я.Я. Кальф-Калифа (1941). ЛИИ - очень важный параметр для осуществления контроля за лечением и для прогноза недуга.

ЛИИ необходим, для определения тяжести гнойно - воспалительного процесса и использования его в качестве критерия, благодаря которому вместе с лабораторными и клиническими исследованиями диагностируется прогрессирование болезни или развитие гнойного осложнения.

Для подсчета лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), мы пользовались формулой В.К.Островского (1983).

Данные ЛИИ у беременных с хроническим тонзиллитом приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Формы заболевания	Число беременных	Среднее значение ЛИИ	
		по формуле В.К.Островского (1983)	
		(до лечения)	(после лечения)
Основная группа	54	3,51	1,90
Контрольная группа	15	3,04	2,76

Полученные нами данные ЛИИ свидетельствуют о значительной степени интоксикации в организме беременных с ХТ.

Показатели эндогенной интоксикации в пределах 3-4 свидетельствуют о значительном бактериальном воздействии на организм беременных. В основной группе беременных, после лечения с применением ингаляций Декасана наблюдалась быстрая ликвидация явлений интоксикации.

После проведенного лечения беременные как основной, так и контрольной группы наблюдались в течении 3 месяцев. В основной группе обострение тонзиллита отмечено у 3 беременных, а в контрольной группе у 7 (Р).

Всем этим беременным проведен повторный аналогичный первому курс лечения.

Выводы

1. У беременных с ХТ наблюдаются выраженные в значительной степени явления интоксикации.

2. Применение у беременных ингаляции раствором Декасана на фоне традиционной терапии приводит к стойкому улучшению состояния женщин.

3. Показатели степени ЭИ свидетельствуют о выраженности явлений интоксикации беременных с ХТ.

4. Для оценки эффективности лечения ХТ у беременных необходимо определение коэффициента ЭИ до и после проведенного лечения

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Антипина Н. Н. Состояние репродуктивной системы у девочек и женщин с нарушением менструальной функции на фоне хронического тонзиллита Автореф. Дис.доктор мед. Наук, Москва 2004, 38 стр.
2. Аржанова О.Н. Течение беременности и родов у женщин со стрептококковой инфекцией / О.Н. Аржанова, И.В. Ковалева // Мат-лы V Всероссийского форума "Мать и дитя". - М. 2003. - С. 13.
3. Крюков А.И. Актуальность проблемы хронического тонзиллита / А.И. Крюков, Г.Н. Изотова, А.Ф. Захарова, П.А. Чумаков, О.А. Киселева / Вестник оториноларингологии. №. 5. - 2009. - С. 4 - 6
5. Пешев С.Л. Регионарная гемодинамика и эндотоксикоз при хроническом тонзиллите у беременных. Автореф. канд. мед. наук. Саранск. 2010. 22 стр.
6. Славский А.Н. Роль тонзиллита в формировании патологии репродуктивной системы у женщин детородного возраста / А.Н. Славский // Вестник оториноларингологии научно-практич. журнал. Медиа Сфера. - № 4.- 2009. - С. 40 - 44.
6. Ellegard, E. K. Pregnancy rhinitis // Immunol. Allergy Clin. North Am. - 2006. - Vol. 26, № 1. - P. 119-135.
7. Leimgruber A. Treatment of asthma and rhinitis during pregnancy and breast feeding / A. Leimgruber // Rev. Med. Suisse., 2007. - Vol. 108. - № 3. - P. 1044-6, 1048-9.
8. Goodnight W.H. Pneumonia in pregnancy / W.H. Goodnight, D.E. Soper // Crit. Care. Med. - 2005. - Vol. 33. - P. 390-397.

Поступила 09.02.2020